

**UNIVERSIDADE CANDIDO MEMDES
PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
INSTITUTO A VEZ DO MESTRE**

**Melhorando Indicadores de Desempenho de Serviços
Hospitalares através da Educação Permanente.**

Luiz Fernando Moreira

Orientadora

Prof^ª. Maria Esther de Araújo

Co-orientadora

Prof^ª. Giselle Böger Brand.

Rio de Janeiro

2014

UNIVERSIDADE CANDIDO MEMDES
PÓS-GRADUAÇÃO “LATO SENSU”
INSTITUTO A VEZ DO MESTRE

**Melhorando Indicadores de Desempenho de Serviços
Hospitalares através da Educação Permanente.**

Apresentação de monografia à Universidade Candido Mendes como requisito parcial para obtenção do grau de especialista em Gestão em Saúde.

Por: Luiz Fernando Moreira

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

Eu dedico este trabalho a toda minha família em especial aos meus pais que sempre me apoiam e me incentivam. E a minha esposa que é minha companheira de batalha.

Agradecimentos

Ao Dr. Eli Cristiano Meneses, amigo, mentor, professor, supervisor uma inspiração para mim, o profissional mais apaixonado pelo que faz e o farmacêutico mais completo que conheço. Um incentivador nato pela busca do conhecimento.

A todos os professores e mestres que de alguma maneira contribuíram para minha formação não só acadêmica, mas também de caráter, personalidade e como pessoa. Sem estes não há futuro, não há uma sociedade melhor um país melhor.

Sumario

	Metodologia	5
	Introdução	6
Capitulo I	Indicadores de desempenhos dos serviços hospitalares	8
Capitulo II	Educação Continuada	12
	2.1 Sistematização da Educação Continuada	12
	Resultados das ações de Educação Permanente nos	
Capitulo III	Indicadores de Desempenho dos Serviços Hospitalares	16
	3.1 Classificação dos Hospitais por grupo	16
	3.1.1 Hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) região sudeste – (22)	16
	3.1.2 Hospitais sob contrato / convênio de gestão (OSS e outros) – (17)	17
	3.1.3 Hospitais da Administração Direta (AD) – (27)	18
	3.1.4 Hospitais de Ensino do Governo do Estado (HEE) – (8)	18
	3.1.5 Hospitais de Ensino que prestam serviço ao SUS (HESUS) – (11)	19
	Conclusão	25
	Bibliografia	26
	Webgrafia	28
	Anexos	29

Metodologia

A pesquisa aqui discute sobre questões bem atuais e pertinentes da área de saúde, já que atualmente tanto vem se falando da qualidade de serviços prestados não só como direito individual, mas como de toda sociedade.

O estudo será realizado através de pesquisa bibliográfica que possui embasamento teórico, autores que abordam o desenvolvimento de indicadores de desempenho dos serviços hospitalares como SchoutD., Novaes. HMD 2007 e Davim,R.M.B,Torres,G. de V, Santos, S.R. 1999 entre outros que discutem as praticas da educação permanente com a finalidade de melhorar o desempenho dos serviços hospitalares.

Ainda para complementar os estudos pesquisou-se autores que como D.inncenzo M, Adami NP, Cunha ICKO.O 2006, debatem o movimento pela qualidade nos serviços de saúde. Houve também o levantamento de publicações normativas dos órgãos competentes como ANVISA e Ministério da Saúde, PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, Resultados do processo avaliativo 2007.

O trabalho também avalia os resultados obtidos por instituições que investiram em educação permanente e tiveram seus índices dos indicadores de desenvolvimento dos serviços prestados melhorados.

Introdução

Este estudo tem como tema, educação permanente em profissionais de saúde, e traz como questão central deste trabalho a relação da educação permanente podendo melhorar os indicadores de desempenho dos serviços hospitalares.

Este tema é altamente relevante, pois a busca da qualidade dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados. Torna-se fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade. A proposta de avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços hospitalares é relativamente recente no Brasil, e tem como objetivo comparar o desempenho das instituições dentro de indicadores pré-definidos. Esta avaliação desencadearia uma modificação da relação das operadoras de planos de saúde e a remuneração das instituições prestadoras de serviço devido ao resultado apresentado na avaliação dos indicadores de desempenho dos serviços hospitalares.

Deste modo, são objetivos pertinentes a esta pesquisa avaliar a relação dos indicadores de desempenho dos serviços hospitalares com a capacitação profissional, a sistematização da educação permanente empregada nos serviços hospitalares, levantar os resultados obtidos pelas instituições que investiram em educação permanente para melhorar seus indicadores de desempenho dos serviços prestados.

A educação permanente nos últimos anos vem sendo amplamente discutida com o objetivo de desenvolver a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde. Na proposta da educação permanente, a capacitação das equipes, os conteúdos das ações formativas, as tecnologias e metodologia a serem utilizadas devem ser determinadas a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia a dia do trabalho e que precisam ser

solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada.

No Capítulo I, são apresentados os indicadores de desempenho de serviços hospitalares que podem ser divididos em três grandes grupos, indicadores de processo, estrutura e resultados. As avaliações de desempenho do ponto de vista metodológicas dependem do desenvolvimento de indicadores aceitos como sensíveis, válidos e viáveis para as dimensões priorizadas em cada um dos serviços.

O capítulo II desenvolve a sistematização da educação continuada para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde, que busca essencialmente a melhoria do padrão de assistência à saúde e estruturação dos serviços, destacando as dificuldades e as estratégias para a implantação da educação continuada com o objetivo de formar equipes capazes de serem criativas no pensar, no sentir, no querer e no atuar.

Já no capítulo III, é apresentado e discutido os resultados dos hospitais da região sudeste que utilizam de indicadores como marcadores de qualidade de seus serviços correlacionando estes resultados com o tamanho do investimento destes em educação continuada de seus colaboradores.

Capítulo I - Indicadores de desempenhos dos serviços hospitalares

Existe uma ampla gama de indicadores que são ou podem ser utilizados por serviços hospitalares para serem implantados para ampliar ou estabelecer a cultura da qualidade dos serviços, a análise desses indicadores cria uma reflexão sobre a qualidade da assistência prestada (VITURI, 2009:430).

Inicialmente para serviços de enfermagem hospitalar, os estudos apontavam a utilização de indicadores que estão relacionados à ótica da estrutura e do processo. Os indicadores de resultado surgem da necessidade de se saber se as perspectivas do paciente quanto ao serviço oferecido foram atendidos e possibilitam dados mais objetivos e concretos (VITURI, 2009:430).

Quando se discute avaliações voltadas aos serviços de saúde é importante considerar as três dimensões da tríade proposta por um dos principais estudiosos da temática da qualidade na área da saúde, a saber: estrutura, processos e resultados (Donabedian).

A estrutura pode ser entendida como os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência à saúde; o processo refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e usuários, inclui diagnóstico, tratamento, aspectos éticos de relação profissional, equipe de saúde e paciente e o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas do usuário (Paiva SMA).

Indicadores de processo:

- I. Incidência/prevalência
- II. Índice de queda
- III. Controle de sinais vitais
- IV. Prevalência de contenção do paciente
- V. Utilização da prescrição de enfermagem
- VI. Incidência de perda de sonda gastroenteral
- VII. Condições do acesso venoso

- VIII. Paradas cardíacas durante banho no leito
- IX. Taxa de curativos cirúrgicos realizados
- X. Incidência de Flebite
- XI. Utilização de escala no controle da dor
- XII. Reação hemolítica
- XIII. Identificação do leito do paciente
- XIV. Relação interpessoal

Indicadores de estrutura:

- I. Coeficiente de paciente por enfermeiro
- II. Horas de treinamento da enfermagem
- III. Distribuição de técnico de enfermagem por leito
- IV. Adequação, comodidade, organização, pontualidade
- V. Soma do banco de horas
- VI. Custo da atenção
- VII. Taxa de rotatividade da enfermagem
- VIII. Programa e critérios de admissão de funcionários
- IX. Porcentagem de enfermeiros com título de especialista
- X. Horas de assistência de enfermagem
- XI. Funcionários com vínculo superior a 18 meses
- XII. Carga horaria dos enfermeiros

Indicadores de resultado:

- I. Taxa de infecção hospitalar
- II. Taxa de mortalidade hospitalar
- III. Taxa de mortalidade no centro cirúrgico
- IV. Satisfação do cliente
- V. Tempo de permanência na UTI
- VI. Tempo de permanência na recuperação
- VII. Eficácia e cumprimento dos objetivos

A avaliação e o monitoramento da qualidade da atenção dispensada nos hospitais faz parte da preocupação com a segurança do paciente e constitui uma questão essencial na gestão dos serviços de saúde. Além do uso interno

aos hospitais, esses sistemas almejam se constituir em instrumento que permite análises comparativas entre hospitais, quanto ao padrão de qualidade dos serviços em perspectiva local, regional, nacional e internacional, sendo vitais para a comprovação da assistência prestada tanto para os financiadores quanto para os clientes (Stroschein, 2009).

Ainda que a avaliação de resultados seja mais atraente do ponto de vista científico por representar o último passo na cadeia da produção da qualidade em saúde, sua importância vem destacar o fator de reputação dos hospitais por se relacionar com a satisfação do cliente (Stroschein, 2009)..

As avaliações de desempenho dos hospitais, do ponto de vista metodológico, depende do desenvolvimento de indicadores aceitos como sensíveis, válidos e viáveis para as dimensões priorizadas em cada uma delas, e de identificação de parâmetros que permitam diferenciar os desempenhos dos serviços sob análise, o que não é tarefa simples e muitas vezes subestimada (Azevedo,1991:69) .

A tendência é evoluir os índices dos indicadores de desempenho de processo com os indicadores de resultado, esta evolução vem sendo motivada por pressões federais e órgãos de defesa do consumidor. Os estudos desses indicadores ainda é uma questão em amadurecimento assim como as metodologias empregadas DAVIM, R.M.B,1999 e PNASS,2007.

Há de se observar, entretanto, que existem movimentos para o chamado pagamento por performance no relacionamento operadora – prestadores (hospitais). Seria uma maneira diferenciada exatamente para se premiar monetariamente, aqueles que se destacam com melhor desempenho, na comparação de indicadores de serviços de saúde DAVIM, R.M.B,1999.

A gestão da qualidade da assistência não deve ser considerada como uma tarefa menor e isolada, pois depende e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas no hospital. Para que haja uma adequada gestão e alcance de índices superiores dos indicadores de desenvolvimento dos serviços prestados é necessário que todos os profissionais se sintam participantes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de

valorização da informação. Faz-se necessária o investimento e a implantação pelos gestores dos hospitais da educação continuada de seus profissionais DAVIM, R.M.B,1999.

Capítulo II - Educação Continuada

Deve ser um processo que propicie conhecimentos, capacitando o funcionário para execução adequada do trabalho e que prepare esse funcionário para futuras oportunidades de ascensão profissional, objetivando tanto o seu crescimento pessoal quanto o profissional. A educação continuada permite ao profissional o acompanhamento das mudanças que ocorrem na profissão, visando mantê-lo atualizado para que possa aplica-las no seu trabalho (Rev Esc Enferm USP 2009; Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro,2009; DAVIM, R.M.B,1999 e PANASS,2007).

Entende-se que as atividades efetivamente desenvolvidas em uma educação continuada, constituem uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe em relação à assistência prestada (Stroschein, 2009 e VITURI, 2009).

2.1 Sistematização da Educação Continuada

Em face da expansão progressiva e da organização dos serviços de saúde no Brasil, torna-se necessário que sejam articulados programas e conteúdos para os trabalhadores da saúde por meio de um processo educativo contínuo, a fim de que possam, além do desempenho rotineiro de suas atribuições, buscar essencialmente a melhoria do padrão de assistência à saúde e estruturação dos serviços (Stroschein, 2009 e VITURI, 2009).

A educação permanente (EP) aos trabalhadores da saúde, neste sentido, pode ser compreendida como um dispositivo ou estratégia para a transformação na área de saúde, para que eles próprios, usuários e cidadãos possam assumir maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam o setor (VITURI, 2009).

Esta se refere à articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários e população e à organização dos serviços integrados em rede de atenção à saúde, com articulação das ações no trabalho

em equipe interprofissional e interdisciplinar e na intersetorialidade (VITURI, 2009).

O constante processo educativo voltado à realidade de trabalho e ao contexto social destes sujeitos. Esta política visa a contribuir para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. Atualmente é notável a insuficiente incorporação do conjunto de conhecimentos necessários para ocorrer uma verdadeira mudança na prática dos trabalhadores em saúde. Essa deficiência é ressaltada, levando-se em conta o predomínio da prática assistencial tradicional. Neste âmbito, torna-se necessário ampliar as estratégias educativas, não só na dimensão técnica, mas também na subjetiva, de relação interpessoal e de humanização do serviço, voltada à realidade dos trabalhadores em saúde para a transformação desta realidade. Para que seja possível construir esse novo modo de organizar e praticar a atenção em saúde, é necessário outro perfil de trabalho e de trabalhadores. Neste caso, a educação para o trabalho deverá pensar o trabalho e pensar a produção no mundo do trabalho. O objetivo, como ressaltado anteriormente, não é apenas formar bons técnicos, mas boas equipes, capazes de serem criativas no pensar, no sentir, no querer e no atuar (Stroschein, 2009; VITURI, 2009; DAVIM, R.M.B,1999 e PANASS,2007).

Para conquistar esse objetivo, é necessário promover a capacitação e o desenvolvimento das pessoas que trabalham na área da saúde, sendo a educação permanente uma possibilidade para o alcance deste objetivo.



Figura 1: Painel educativo, exposto em posto de enfermagem, passo a passo para o preparo e administração de medicamento endovenoso.

Essa finalidade contempla vários obstáculos tanto no âmbito de construção como no de implementação da política de educação permanente em saúde, pois se necessita a priori da disponibilidade para o diálogo, para os interesses humanos, pois, como uma transformação político-social, deve partir da compreensão da realidade dos profissionais enquanto construtores da história.

As ações nos serviços de saúde da educação permanente devem definir os compromissos dos parceiros e participantes: fornecedores, gestores, estudantes, instituições formadoras, hospitais de ensino ou outros serviços credenciados como de ensino e os trabalhadores. Apresentação da amplitude das inclusões propostas: contemplar a multiplicidade de atores, de serviços e de práticas; formulação de abordagens e estratégias integradas de implementação educativa dos campos de conhecimentos específicos, explicitação das necessidades a que a proposta se reporta e as metodologias

previstas. Explicitação das mudanças nas práticas da assistência prestada explicitação da multiprofissionalidade e da transdisciplinaridade nas propostas; indicação dos responsáveis pela implementação de cada uma das ações previstas (Azevedo,1991).

No movimento de integração que os resultados do estudo mostraram como necessário, acrescenta-se à discussão acerca das estratégias de ensino, visto o predomínio das tradicionais em especial, aulas expositivas, painéis e similares. Estratégias participativas estimulam os profissionais a construir, a partir de seu referencial e contexto de trabalho, novos saberes pertinentes à apreensão e atenção a uma esfera mais ampla de necessidades dos usuários e do serviço com eficiência e eficácia das ações, abrangendo também a dimensão de treinamentos, atualizações no serviço, orientação introdutória de funcionários, bem como a participação em congressos, seminários e cursos de pós-graduação. Promoção de reuniões que envolvem a discussão de casos clínicos e revisão de artigos científicos (Azevedo,1991).

Esta concepção aponta que cursos isolados ministrados fora do ambiente de trabalho têm um histórico pobre como modificadores da prática corrente dos trabalhadores. Em contraposição a esta interpretação dos resultados, entende-se que a ênfase na demanda interna também está relacionada à prática de levantamento de necessidades através das comissões de infecção hospitalar, questionários e avaliação de desempenho dos profissionais e dos indicadores de desempenho dos serviços hospitalares, ou seja para dentro do próprio hospital (Azevedo,1991).

A avaliação de resultados dos programas de capacitação são os aspectos menos desenvolvidos nas propostas de educação e embora reconhecidos sua importância, sua efetiva realização e alocação de recursos é secundária. Essa avaliação tem como função primordial a busca do aperfeiçoamento das ações; funciona como um mecanismo que integra e dá continuidade à trajetória crítica dos projetos, reduzindo as distâncias entre as operadoras e a qualidade dos serviços prestados (Hillegonda, Novaes,2007).

Capítulo III - Resultados das ações de Educação Permanente nos Indicadores de Desempenho dos Serviços Hospitalares

A rede hospitalar do Estado de São Paulo é composta por 930 unidades, sendo 613 conveniadas ou contratadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) possui rede própria compostos por hospitais gerais e especializados da Administração Direta do Estado (AD), Hospitais de Ensino de Universidades e Faculdades do Governo do Estado (HEE) e Organizações Sociais de Saúde (OSS). Ainda, prestam serviços ao SUS paulista Hospitais de Ensino Públicos Municipais e Privados Filantrópicos. A Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) congrega no sudeste do País 22 hospitais, atendendo pacientes com cobertura por planos de saúde e pacientes particulares (Barata,2009).

Os hospitais foram agrupados de acordo com características de sua constituição jurídica, finalidades ou o tipo de relacionamento com os sistemas de saúde, público ou privado, são passíveis de comparação com a ressalva, de que a complexidade destas instituições torne a tarefa difícil, necessitando-se de cuidados e cautelas nas conclusões. Os dados/informações coletados de sistemas de informações próprios ou publicações periódicas mostraram diferenças importantes nos indicadores avaliados, de acordo com a localização geográfica, características demográficas da clientela, autonomia de gestão, finalidade da unidade hospitalar, entre outras variáveis (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde) (Barata,2009).

3.1 Classificação dos Hospitais por grupo

3.1.1 Hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) região sudeste – (22)

Neste grupo estão os hospitais que integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, podem ainda ser de um grupo, não instituído pelo Poder Público (Barata,2009).

Hospital Sírio Libanês, Santa Catarina, Samaritano, do Coração, Israelita Albert Einstein, Nove de Julho, Maternidade São Camilo, Nossa Senhora de Lourdes, Maternidade São Luiz, Maternidade Santa Joana, Alemão Oswaldo Cruz, no município de São Paulo, Maternidade Brasil – Santo André, Vivalle – São José dos Campos, Maternidade São Lucas – Ribeirão Preto, Pró Cardíaco, Casa de Saúde São José, Clínica São Vicente, Vita Volta Redonda – Rio de Janeiro, Meridional, Vitória Apart Hospital – Espírito Santo, Mater Dei – Belo Horizonte e Monte Sinai – Juiz de Fora (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde).

3.1.2 Hospitais sob contrato / convênio de gestão (OSS e outros) – (17)

Esta relacionada a figura "propriedade pública não estatal", alguns estados e municípios passaram a transferir os serviços de saúde de unidades hospitalares públicas às organizações sociais, denominadas, respectivamente, de cooperativas de médicos, associações de médicos, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços médicos, sob o argumento modernização do Estado, melhor eficiência gerencial e melhor prestação de serviços aos usuários (Barata,2009) .

Por tais contratos ou convênios, como normalmente são designados, transfere-se, por exemplo, uma unidade hospitalar pública a um entidade civil ("sem fins lucrativos"), entregando-lhe o próprio estadual ou municipal, bens móveis (máquinas e aparelhos hospitalares), recursos humanos e financeiros, dando-lhe autonomia de gerência para contratar, fazer compras sem licitação; outorgando-lhe, enfim, verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde.

Hospitais Estaduais: de Bauru, de Carapicuíba, de Diadema, de Francisco Morato, do Grajaú, de Guarulhos, de Itaim Paulista, de Itapeçerica da Serra, de Itapevi, de Itaquaquecetuba, de Pedreira, de Pirajuçara, de Santo André, de Sapopemba, de Sumaré, de Vila Alpina e Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Melo (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações

Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde).

3.1.3 Hospitais da Administração Direta (AD) – (27)

Nestes incluem-se os serviços de cujas atribuições decorram designadamente o exercício de poderes de soberania autoridade e representação política do Estado na administração (Barata,2009).

Hospital Geral V. Nova Cachoeirinha, Geral de Taipas, Vila Penteadado, Regional Sul, Guaianases, São Matheus, Heliópolis, Ipiranga, Brigadeiro, Regional Ferraz Vasconcelos, Regional de Osasco, Padre Bento de Guarulhos, Complexo Hospitalar do Mandaqui, Guilherme Álvaro – Santos, Conjunto Hospitalar de Sorocaba, Promissão, Presidente Prudente, Unidade de Saúde Mirandópolis, Complexo Hospitalar de Juquery-Franco da Rocha, Maternidade Interlagos, Infantil Darcy Vargas, Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, Centro de Referência da Saúde da Mulher, Infantil Candido Fontoura, Regional de Assis, Maternidade Leonor Mendes de Barros, Instituto de Infectologia Emilio Ribas. (Obs. – Os Institutos Dante Pazzanese e Emilio Ribas, certificados e contratualizados como hospitais de ensino, foram analisados no grupo da administração direta por estarem subordinados à Coordenadoria de Serviços de Saúde) (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde).

3.1.4 Hospitais de Ensino do Governo do Estado (HEE) – (8)

Os hospitais escolas são referências nos atendimentos assistências de alta complexidade, são polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, e são administrados sob a autoridade do estado (Barata,2009).

Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (FAEPA), Hospital das Clínicas e CAISM da UNICAMP, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, Hospital de Base de São José do Rio Preto (FUNFARME),

Hospital das Clínicas de São Paulo (FMUSP) e Instituto do Coração/InCOR (Fundação EJ Zerbini), Hospital Universitário da USP e Hospital de Clínicas de Marília (FAMEMA) (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde).

3.1.5 Hospitais de Ensino que prestam serviço ao SUS (HESUS) – (11)

Instituições de ensino privadas, possuem participação complementar das atividades do SUS, com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde (Barata,2009).

Hospital São Paulo (UNIFESP), Hospital Escola da Universidade de Taubaté (UNITAU), Hospital Universitário Dr. Domingos Cerávolo Leonardo – (APEC) – Presidente Prudente, Hospital Amaral Carvalho – Jaú, Hospital Padre Albino e Emilio Carlos (Fundação Padre Albino) – Catanduva, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais/ USP – Bauru, Hospital do Câncer de Barretos (Fundação Pio XII), Hospital Universitário São Francisco de Assis – Bragança Paulista, Casa de Saúde Santa Marcelina, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia – São Paulo (Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde).

TABELA 1: Número de hospitais, número de leitos segundo grupos, no Estado de São Paulo, 2006.

Hospitais	ANAHP	OSS	AD	HEE	HESUS	Região SE
Numero de Hospitais	22	17	27	8	11	
Numero de leitos	4.046	4.034	4.878	4.995	3.448	

Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde.

Embora ocorra uma variação no número de hospitais entre os cinco grupos analisados (tabela 1) a quantidade total de leitos de cada grupo está

dentro da faixa de 3.448 a 4.995, este último referente aos grandes hospitais de ensino, públicos, do Estado. O grupo com tamanho médio de hospitais mais homogêneo é o composto pelas Organizações Sociais de Saúde, com uma média de leitos em torno de 220. A complexidade dos serviços prestados é equivalente, nos grupos analisados, existindo hospitais de níveis secundário e terciário. Em todos os agrupamentos os estudos de comparações entre hospitais ou grupos de hospitais não são frequentes, sendo porém, importantes para incentivar o bom desempenho dos grupos e das redes de serviços dentro do sistema de saúde (Barata,2009).

Indicadores de recursos humanos estão contidos na tabela 2, abaixo. A gestão dos recursos humanos em instituições complexas, na área de prestação de serviços de saúde, reveste-se de importância não só pelo relacionamento direto com clientes e pacientes em situações críticas, mas também pela capacitação necessária e volume de recursos despendidos (Barata,2009).

TABELA 2: Indicadores de recursos humanos segundo grupos de hospitais, no Estado de São Paulo, 2006.

Recursos Humanos	ANAHP	OSS	AD	HEE	HESUS	Região SE
Relação Funcionário - Leito	6,17	5,44	6,88	7,31	6,06	
Relação Enfermeiro – Leito	0,66	0,33	0,40	0,43	0,37	
Relação Enfermagem	2,281	1,69	2,70	1,72	1,45	
Taxa de rotatividade	1,201	1,91	nd	0,92	nd	

Luiz Roberto Barradas Barata,2009.

Na relação funcionários por leito têm-se três fatos que chamam a atenção: os hospitais da administração direta, os públicos de ensino e os privados de ensino. Nos primeiros, a total falta de autonomia leva a um excesso de contratações e dificuldades de demissão; os funcionários por terem estabilidade funcional permanecem nas unidades, nem sempre sendo bem alocados. Nos hospitais de ensino públicos, esta justificativa também se aplica.

Os hospitais de ensino, governamental ou não, têm elevado índice servidor/leito devido ao ensino e pesquisa que certamente exigem um maior número de pessoas (Barata,2009).

As OSS possuem a menor relação e os hospitais da ANAHP encontram-se em segundo lugar, justificando-se a relação um pouco mais elevada às exigências dos clientes e pacientes. Deve ser lembrado que os hospitais da ANAHP possuem corpo clínico misto, parte aberto e parte contratado, principalmente nas áreas de terapia intensiva, emergência. A relação enfermeiros por leito é maior nos hospitais da ANAHP, possivelmente pela justificativa acima de maior exigência por parte dos clientes e também do corpo clínico. A relação pessoal de enfermagem por leito na administração direta é a maior, justificada parcialmente pelas dificuldades de contratação de pessoal para preenchimento de vagas para técnicos de eletrocardiograma, de gesso, de laboratório, entre outros, fazendo com que auxiliares de enfermagem supram parte destas funções (Barata,2009).

Em artigo publicado sobre recursos humanos nos serviços públicos de saúde, já alertava para a necessidade de um tratamento diferente do que vem sendo dado há décadas, nos aspectos jurídicos, de formação e capacitação de pessoal, na área pública. Quanto à rotatividade de pessoal, as OSS possuem um valor que se destaca entre os demais grupos, embora nem todos os hospitais AD e HE privados apresentassem este indicador, sendo que se pode constatar uma necessidade de qualificar e quantificar aspectos do trabalho com recursos humanos, também nos hospitais da administração direta e nos privados (Bittar OJNV,2006).

A taxa de rotatividade é inversamente proporcional aos índices dos indicadores de desempenho dos serviços hospitalares, aprofundando este pensamento, maior taxa de rotatividade, maior o investimento em educação permanente (VITURI, 2009).

Medir a qualidade da atenção hospitalar é tarefa complexa. Os únicos indicadores disponíveis no material da ANAHP eram o percentual de hospitais “acreditados” e a taxa de cesárea. Quanto ao primeiro indicador, o processo de acreditação iniciado em 1999 anda lentamente, sendo que o número de

hospitais acreditados se aproxima da centena. Um dos fatores impeditivos a qualificação dos hospitais públicos e privados de ensino é sua planta física inadequada, já que são edifícios antigos, dificultando a obtenção do nível I, da Organização Nacional de Acreditação – ONA. As facilidades dos privados da ANAHP e das Organizações Sociais, principalmente nestes últimos, por serem hospitais de construção mais recente, é a autonomia para reformas, capacitação de pessoal, entre outras facilidades. Em relação à taxa de cesárea existe um limite máximo, preconizado por especialistas, de 25%, já incluídos aí as gestações de alto risco. Vê-se que existe um exagero nos grupos analisados. Somente os hospitais de OSS têm índice próximo ao recomendado, talvez devido ao fato deste indicador ser um dos itens do contrato de gestão, que quando excedido impede o recebimento da parcela variável do contrato, que é de 10%. Alguns indicadores de desempenho destas unidades foram selecionados nas tabelas 3 e 4 (Barata,2009).

TABELA 3: Indicadores de Desempenho Hospitalar segundo grupos, no Estado de São Paulo, 2006.

Indicadores	ANAHP	AD	OSS	HEE	HESUS	Região SE
Taxa de Ocupação Hospitalar	75,80	80,93	74,72	77,92	71,25	
Tempo Médio de Permanência	3,91	5,84	7,09	5,67	5,28	
Índice de Renovação/ano	74,94	51,67	45,72	47,64	42,10	
Intervalo de Substituição	1,29	1,39	2,72	1,61	2,20	

Revista SINHA. Sistema Integrado de indicadores hospitalares,2007.

Observando os indicadores acima, novamente os hospitais da AD e os HE públicos e privados encontram-se em situação inferior aos privados da ANAHP e OSS. Na AD as justificativas mantêm-se as mesmas da falta de autonomia e nos HE a retenção de leitos para ensino, levando a uma permanência maior e uma renovação menor, e a reserva de leitos para especialidades, aumentando o intervalo de substituição. Metas estipuladas no

contrato de gestão, como no caso das OSS, permitem uma melhor gestão do processo, alcançando indicadores melhores, apesar de manter internações por condições sociais, o que eleva a média de permanência, interferindo em outros indicadores Barata,2009 e Revista Sinhá. Sistema Integrado de indicadores hospitalares,2007.

TABELA 4: Indicadores de Produção e Produtividade segundo grupos de hospitais, no Estado de São Paulo, 2006.

Indicadores	ANAHP	AD	OSS	HEE	HESUS	Região SE
Número de internações/ano	459.499	217.736	203.592	190.004	171.044	
Número de paciente-dia/ano	1.225.014	1.195.094	1.360.911	1.349.496	766.220	
Cirurgia/Sala/Ano	886	880	532	606	653	
Taxa de cirurgia/Saída	65,50%	48,13%	36,88%	54,22%	49,64%	
Total parto/Sala/Ano	590	774	962	628	425	
Total de exames	9.649.469	2.991.016	4.167.593	10.924.841	6.071.139	
Exames/Internação	21	14	23	32	35	

(Germany,2007)

A comparação destes dados deve ser olhada com certo cuidado, pois no caso da ANAHP trata-se da receita obtida por paciente saído, enquanto que nos outros quatro grupos referem-se ao orçamento realizado no ano em estudo, também por paciente saído. De certa forma demonstra a capacidade dos diferentes grupos em obter recursos mediante participação no mercado ou capacidade de negociação com o gestor (Barata,2009 e Germany,2007)

TABELA 5: Percentual de Investimentos em educação permanente segundo grupos, no Estado de São Paulo, 2006.

	ANAHP	AD	OS	HEE	HESUS	Região SE
% Investimento	12	6	6	8	10	

(Germany,2007)

Mesmo sendo este estudo uma avaliação superficial dos dados secundários produzidos por estes cinco grupos de hospitais da Região Sudeste, ele se torna importante em face das diferenças encontradas e que podem ser responsabilizadas pelas características de cada um deles. Assim, a forma jurídica institucional, o tipo de vínculo dos funcionários, o modelo de relacionamento com o gestor ou com o comprador de serviços, a finalidade lucrativa, não lucrativa, de ensino, a localização geográfica são fatores que determinam o perfil administrativo, a demanda por serviços, com consequências na qualidade, na produtividade e nos custos dos programas e serviços prestados. A disseminação por apresentar os índices dos indicadores de desempenho dos serviços, poderá influenciar positivamente na gestão de grupos de hospitais e mesmo de redes de atenção hospitalar, possibilitando a inovação de técnicas de gerenciamento com vantagens para quem financia, presta serviço e quem utiliza os programas e serviços (Barata,2009 e Germany,2007).

Conclusão

Constata-se com este trabalho que os Indicadores de desempenho dos serviços hospitalares têm um papel fundamental na mensuração da qualidade do serviço prestado, para que essa avaliação tenha relevância os indicadores a serem utilizados para esta análise devem levar em conta as competências, as limitações, o tipo de administração, a região que esta localizada e o publico atendido pelo serviço.

Deve-se observar que a aplicação dos indicadores não deve anteceder os investimentos em educação continuada, investir no aperfeiçoamento dos trabalhadores garante que os serviços prestados sejam de qualidade proporcionando assim índices competitivos dos indicadores de qualidade, quanto mais se investir em capacitação e aprimoramento dos colaboradores melhores serão seus índices.

A apresentação dos indicadores tem como objetivo alterar os contratos com as operadoras dos convênios a fim de melhorarem os pagamentos pelos serviços prestados devido ao melhor nível do serviço prestado, gerando menor custo para as operadoras por diminuir tempo de internação, aparecimento de complicações por infecções hospitalares e levando a menos agravos de doenças.

Assim a educação permanente passa ser a não ser vista somente com perda de divisa pelos gestores e passa a ser um investimento rentável por melhorar os indicadores de desempenho dos serviços e assim poder melhorar o repasse das operadoras aos prestadores de serviço.

Bibliografia

Antonio Carlos de Azevedo, Avaliação de desempenho de serviços de saúde, Rev. Saúde Public. S. Paulo, 25: 64-71, 1991.

Bittar OJNV. Recursos humanos nos serviços públicos de Saúde. In: Bittar OJNV, Cecílio MAM (Eds.). Planejamento de Saúde: conhecimento & ações. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2006. p. 285-8

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.de V.; SANTOS, S.R.dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, dezembro 1999.

Denise Schout Hillegonda, Maria Dutilh Novaes, Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais, Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):935-944, 2007

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1999.

Luiz Roberto Barradas Barata, Olímpio J Nogueira V Bittar, Adriana Magalhães, Sônia Aparecida Alves, Eliana Radesca Álvares Pereira de Carvalho, Comparação de grupos hospitalares no Estado de São Paulo, RAS Vol. 11, No 42 – Jan-Mar, 2009

Germany Gonçalves Veloso; Ana Maria Malik; Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde, Revista SINHA-Sistema Integrado de indicadores hospitalares. São Paulo: ANAHP Balanço 2002-2006,2007.

Karina Amadori Stroschein; Denise Antunes Azambuja Zocche; Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as

experiências realizadas no Brasil. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 1, p. 115-136, mar./jun.2009.

Paiva SMA. Qualidade da Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.

PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde Resultado do processo avaliativo 2004-2006, Brasília, abril de 2007.

Webgrafia

Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo de Informações Hospitalares – NIH. São Paulo: Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. São Paulo. Disponível em: <http://www.gestaohospitalar.saude.sp.gov.br/site/>. acesso em 2014 Julho 26.

VITURI, Dagmar Willamowius e MATSUDA, Laura Misue. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.2, pp. 429-437. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em 2014 julho 27.

Anexos

Lista de Figuras e Tabelas.

Figura 1: Painel educativo, exposto em posto de enfermagem, passo a passo para o preparo e administração de medicamento endovenoso.	14
TABELA 1: Número de hospitais, número de leitos segundo grupos, no Estado de São Paulo, 20064.	19
TABELA 2: Indicadores de recursos humanos segundo grupos de hospitais, no Estado de São Paulo, 20063.	20
TABELA 3: Indicadores de Desempenho Hospitalar segundo grupos, no Estado de São Paulo, 20065.	22
TABELA 4: Indicadores de Produção e Produtividade segundo grupos de hospitais, no Estado de São Paulo, 2006.	23
TABELA 5: Percentual de Investimentos em educação permanente segundo grupos, no Estado de São Paulo, 2006.	24